Fig. I.

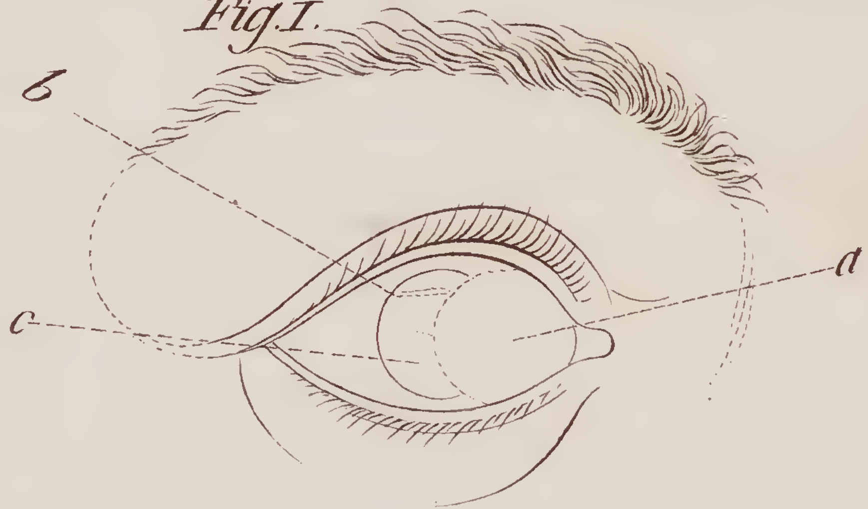
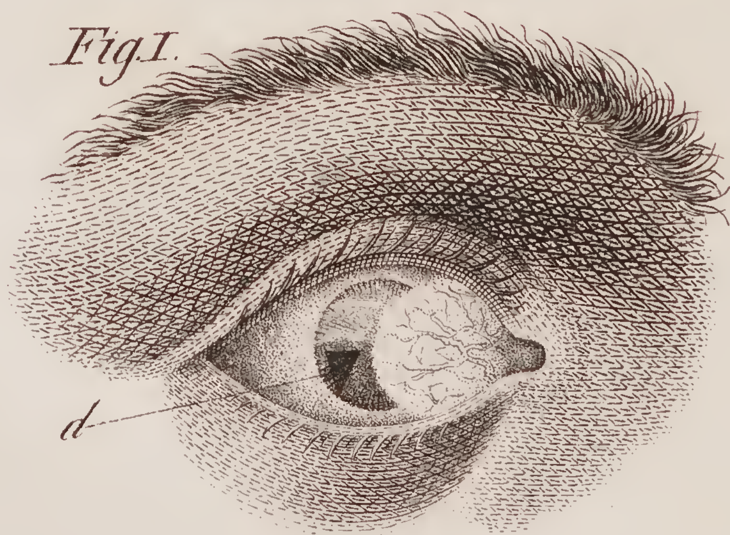


Fig. II.



Fig. I.





Osservazione sopra una pupilla artificiale, *eseguita da* Giovanni Baratta *Dottore in Medicina e Chirurgia.*

Sebbene il metodo di fare pupille artificiali non sia cosa nuova, incominciando da Cheselden in poi, pure ve n' ha una specie, che più radamente venne fatta; e questa si è l'operazione, non di aprir l'iride nel luogo della pupilla naturale che sia chiusa, nè quella di distaccare l'iride dal ligamento cigliare, proposta dal fu Francesco Buzzi, celebre chirurgo milanese, e dal medesimo chiamata *pupilla marginale*; ma quella bensì di fare un foro nuovo espressamente in tutt' altro punto dell' iride fuori del sito della pupilla; poichè se la cornea corrispondente alla pupilla naturale fosse opaca, a che potrebbe mai servir la pupilla in suo luogo, benchè aperta? Trattasi dunque di fare un foro in tutt' altro luogo dell' iride, che corrisponda a qualche porzione di cornea, benchè piccola, che ancor sia trasparente, e così dare poco o molto di vista a persone, che avendo la cornea resa in gran parte opaca, venivano finora giudicate cieche senza rimedio.



Il primo, ed esso pur recentissimo, esempio della operazione, di cui qui vuolsi parlare, si è quello di Demours oculista di Parigi, di cui fecero già onorevole menzione i Giornali; ed

è pur di tal genere quello, ch'io sono per riferire, siccome cosa ancor poco comune, e per conseguenza degna di farsi nota al pubblico, per incoraggiamento ulteriore a simili operazioni.

Io non voglio in questo luogo tacere, che qualche simile operazione è stata fatta anche dal sig. Donegana, chirurgo datosi pure fra noi alla Chirurgia ocularia, ma lascio a lui interamente il dar notizia de' suoi successi, sebbene d' alcuno d' essi abbia favorito di farmi partecipe.

Ora entrando in materia dirò, che un viaggio accidentale avendomi condotto a Genova nel principio del mese di luglio dello scorso anno, ivi mi venne fatto di visitare Emmanuele Gallino pollajolo d'anni 46, il quale era cieco da 4 anni in conseguenza d' una ottalmia. Esaminati gli occhi, ritrovai nel sinistro un leucoma, che copriva tutta la cornea, e nel destro un pterigio (Fig. I. *a.*), che aveva origine dall' angolo interno dell' occhio, e copriva metà della cornea trasparente, e di più una cicatrice con leucoma nel quarto superiore ed esterno della cornea stessa (*b.*).

La cicatrice al riferir dell' infermo era stata prodotta da un' operazione che già gli aveva fatta un oculista due anni prima, colla lusinga pure di ridonargli la vista; ma indarno. Restava pertanto solamente alla parte esterna

ed inferiore della cornea un quarto di spazio trasparente (*c.*).

In tali circostanze proposi di fare in primo luogo la pupilla artificiale, riserbando l'estirpazione del pterigio ad altro tempo, quando la prima operazione fosse ben riuscita. Comunicai il progetto ad altri Professori, che non disconvenendo sull'opportunità della cosa, ne riputavano tuttavia l'esecuzione quasi impossibile, soprattutto per la piccolezza dello spazio. Prevalse però in me fortunatamente la lusinga di riuscirne.

A' 10 luglio esaminai di nuovo il soggetto; e non trovando, che vi fosse bisogno di fare una cura preparatoria all'operazione, mi feci ad eseguirla, alla presenza de' sigg. Dott. Mojon, Marchelli chirurgo, ed altre persone distinte.

Posto pertanto a sedere l'ammalato, come si colloca nell'operazione della cateratta, e seduto anch'io, feci tenere il capo da un assistente; mantenni scostate le palpebre per mezzo d'uno stromento opportuno, che io avea nella mia destra; colla sinistra presi un ago retto lanciato, tagliente d'ambe le parti (Fig. II.), fra le dita indice, medio e pollice; appoggiai l'anulare e mignolo alla tempia destra; perforai il globo dell'occhio nella sclerotica, due linee distante dalla cornea, ed una più in basso della metà; entrato coll'ago nella camera posteriore, compressi colla punta dell'ago l'iride dal di

dietro all' innanzi, per distinguere il luogo, ove io doveva perforarla: quando vidi che l' iride si rialzava vicino al ligamento cigliare, la perforai, ed entrai nella camera anteriore, ove tutti videro l' ago benissimo; e subito cercai di dilatare il taglio dell' iride, strisciando avanti e indietro co' lati taglienti dell' ago, prima in basso, e poi in alto. Fatto il taglio verticale abbastanza grande, voltai uno de' taglienti dell' ago contro l' iride trasversalmente, e nell' estrarlo lo strisciai contr' essa per tagliarla in opposta direzione, di modo che si formò un taglio orizzontale, che s' incontrava colla estremità superiore del verticale.

In questi due tagli non escì neppure una gocciola di sangue; e dai medesimi risultò un lembo nell' iride, che roversciatosi in dentro lasciovvi un foro triangolare (Fig. I. *d.*).

Presentai varie cose all' occhio operato, ed il paziente disse di vederle benissimo. Coprii l' occhio con un pannolino bagnato nell' acqua fresca, e poi feci porre l' operato a letto. Due ore dopo l' operazione non accusava alcun dolore all' occhio, ed era quieto; ma un poco più tardi gli venne freddo, e poi caldo, con prurito alla pelle. Visitatolo, gli ritrovai per tutto il corpo l' orticaria senza febbre, nè dolore all' occhio. Gli prescrissi un infuso di fiori di sambuco per bibita e dieta severa.

L' eruzione non durò più di due ore, e dopo scomparsa la medesima, il malato si sentì benissimo.

Da quel giorno in poi non ha mai sofferto alcun dolore, ed ha sempre conservata la vista, come la ricuperò dopo l' operazione.

Il metodo, ch' io adottai in quest' operazione, è presso a poco quello del celebre Cheselden chirurgo inglese; ma non mi servii del suo stromento, perchè non ha il dorso tagliente, ed è largo di lama, di modo che per il suo dorso ottuso si stenta a perforare la sclerotica, e altronde si fa una ferita grande nella medesima, senza necessità, e con pericolo di eccitare una maggiore infiammazione nell' occhio; perciò stimai bene di farmi il delineato ago più sottile e, come dissi, ambitagliente nella sua punta fatta a lancia, col quale vi è il vantaggio che s' introduce assai meglio, e si può dilatare il taglio verticale nell' iride in basso ed in alto, mentre con quello ad un sol tagliente non si può dilatarlo che in alto, e non in basso, se non si volesse voltar l' ago, e fare varj movimenti, che accrescerebbero stimolo nell' occhio.

Chi pretendesse esperimentare quest' operazione su gli occhi de' cadaveri, non vi riuscirebbe sì facilmente, perchè l' iride nel cadavere resta floscia, cedente, e si distacca facilmente dal ligamento cigliare; mentre nell' occhio

vivente resta tesa e soda, come la pelle del tamburro.

La semplicità del metodo, l' opportunità dell' ago, la facilità d' introdurlo nella sclerotica, la destrezza con cui mi riuscì quest' operazione; il minor rischio che vi è di toccare il cristallino, e determinarne il consecutivo opacamento; il non toccare la cornea; il poterla eseguire in ogni punto dell' iride, ove siavi soprapposta una porzione qualunque di cornea trasparente; ed il risultato felice dell' operazione, mi hanno determinato a parteciparne al pubblico questo semplice ragguaglio.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

Fig. I. *a*. Pterigio.
b. Cicatrice e Leucoma.
c. Spazio trasparente nella Cornea.
d. Pupilla artificiale.
Fig. II. Ago lanciato.